

諏訪中央病院 緩和ケア外来申込書

依頼者 氏名		所属	
職種		連絡先	

患者 氏名	(ふりがな) (男・女) 当院受診歴：あり (ID)・なし・不明	生年 月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所	〒	電話 番号	

現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 () 医療機関名： 主治医： 科 医師		
受診目的	<input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
他院申し込み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院)		
病名		告知	未・済
病状の説明	【本人に対して】 【家族に対して】		
ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()		
家族構成	キーパーソン 氏名： (続柄) 住所： 連絡先：		
その他			

※ 診療情報提供書を添付して FAX にて申し込みをお願いします。【FAX 番号 0266-72-6930】

※ 診療情報提供書の原本・画像 CD-R は受診当日にお持ちください。